

# Unser Fuhrpark . . .

Ist für das Wohlbefinden unserer Patienten nach dem neusten Stand der Technik ausgestattet.

Fahrzeuge vom Typ

**Mercedes Sprinter, Combi**

**Ford Connekt, Combi**

**Renault Travic, Combi**

**Opel Vivaro, Combi**

sind mit

- **Klimaanlage**  
und
- **Standheizung**

ausgestattet.

Wir verfügen zurzeit über sieben Fahrzeuge, davon sind fünf für liegende Patienten mit individuellen Tragensystemen ausgestattet, zwei Fahrzeuge stehen für die Beförderung für Sitzendpatienten bereit.



[www.pensi-deutschland.de](http://www.pensi-deutschland.de)

## Fahrten . . .

Zu ambulanten Behandlungen muss sich der Fahrgast / Patient grundsätzlich von der zuständigen Krankenkasse im Voraus (vor Fahrtantritt) genehmigen lassen. Sollte vor Fahrtantritt keine Genehmigung der Krankenkasse vorliegen, können wir als kostenfreie Service-Leistung bei der Krankenkasse des Fahrgastes / Patienten eine Anfrage zur Übernahme der Fahrtkosten stellen. Sollte die Krankenkasse die Transportkosten nicht übernehmen, muss der Fahrgast / Patient diese privat bezahlen.

Ambulante Fahrten sind z.B.:

- Alle Fahrten zu niedergelassenen Ärzten. - Fahrten zu Ärzten die ihre Praxis in einer Klinik haben.
- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung in der Klinik.

Fahrten zur stationären Aufnahme im Krankenhaus müssen nicht vor Fahrtantritt von der Krankenkasse genehmigt werden.

Für alle Fahrten ist immer eine **“Verordnung einer Krankenförderung“** notwendig.

## Die Verordnung . . .

Gebühr bei		Gebühr pflicht		Kasse-Nr.		Versicherter-Nr.		Status		Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum	
<h3>Verordnung einer Krankenförderung</h3> <p>Mitteilung von Krankheiten und dritterursachen Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden</p>															
<p><b>1. Hauptleistung</b></p> <p><b>A) im Krankenhaus</b> <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär</p> <p><b>B) ambulante Operation</b> <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation</p> <p><b>C) ambulante Behandlung</b> (von der Krankenkasse zu genehmigen) <input type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> in Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige</p> <p>Begründung des Ausnahmefalles gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: <b>Hochfrequente Behandlung</b> <input type="checkbox"/> gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen</p> <p><b>Dauerhafte Mobilitätseinschränkung</b> <input type="checkbox"/> Merkszeichen „aG“, „BF“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt <input type="checkbox"/> vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)</p> <p>voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> ggf. Zeitraum der Serienverordnung <b>oder</b> voraussichtliche Behandlungsdauer: <input type="checkbox"/></p> <p><b>2. Beförderungsmittel</b> <input checked="" type="checkbox"/> Tax, Mietwagen <input checked="" type="checkbox"/> Krankentransportwagen <input type="checkbox"/> Rettungswagen <input type="checkbox"/> Notarztwagen <input type="checkbox"/> andere</p> <p>Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10): <input type="checkbox"/></p> <p>Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, Tragestufe <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar (aus Polstuhle) <input checked="" type="checkbox"/> legend <input type="checkbox"/> andere</p> <p>Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/></p> <p>Von Nach <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Werkzeil (Dauer): <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Beförderungsewege <input type="checkbox"/></p>															
<p>Bitte Rückseite beachten!</p> <p>Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes</p> <p>Muster 4 (7/2004)</p>															

Die Begründung muss vom ausstellenden Arzt eingetragen bzw. angekreuzt werden.

Der Ausnahmefall muss vom ausstellenden Arzt eingetragen bzw. angekreuzt werden.